

An den Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Versorgungsamt Westfalen 48133 Münster	Geschäftszeichen	Eingangsstempel	
		Zutreffendes bitte ankreuzen	<input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen!

Antrag
auf Gewährung von Beschädigten-Versorgung nach den §§ 60 - 64 Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

WICHTIGE HINWEISE

Um sachgerecht über Ihren Antrag nach dem Infektionsschutzgesetz entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über die von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Bescheide anderer Leistungsträger) in Ihren Händen befinden, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Ihre Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts ist in § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgeschrieben. Danach haben Sie alle für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzugeben, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie die verlangten Nachweise vorzulegen. Sofern Sie Ihrer Verpflichtung zur Mitwirkung (Obliegenheit) nicht nachkommen, können die beantragten Leistungen nach dem IfSG ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

1.1	Name - Geburtsname - ggf. weitere frühere Namen -		
1.2	Vornamen		
1.3	Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, Land	
1.4	Staatsangehörigkeit		
1.5	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Ich lebe in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Die Lebenspartnerschaft ist aufgehoben <input type="checkbox"/> Ich lebe von meinem Lebenspartner getrennt		seit _____ Zahl der Kinder _____
1.6	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt		Tagsüber erreichbar unter (Angabe der Tel.-Nr. freiwillig)
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Wohnort	Telefon-Nr.:
1.7	In der Bundesrepublik Deutschland wohnhaft seit:		
1.8	Derzeitiger Beruf	Frühere Berufe	

1.9	Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrem Beruf besonders betroffen?			
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:		
	Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert?			
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, Gründe:		
1.10	Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben: - ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen -	Name		Vorname
		Straße, Hausnummer		
		PLZ	Wohnort	
2.1	Wegen welcher - aus einer Schutzimpfung herrührenden - Gesundheitsstörungen wird Versorgung beantragt?			
2.2	Sollen wegen dieser Gesundheitsstörungen aus besonderen Gründen schon vor der endgültigen Entscheidung vorläufig Leistungen der Heilbehandlung gewährt werden?			
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:		
2.3	Werden die angegebenen Gesundheitsstörungen voraussichtlich für eine Dauer von mehr als 6 Monaten bestehen bleiben?			
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
2.4	Tag und Ort der Schutzimpfung			
2.5	Art der Schutzimpfung			
2.6	Wer hat die Schutzimpfung durchgeführt? (Name und Anschrift des Arztes / der Behörde)			
2.7	Bei einer Schutzimpfung im Ausland: Aus welchen Gründen konnten Sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?			
3.1	Welche Angaben können Sie über den Krankheitsverlauf nach der Schutzimpfung machen?			

3.2	Welche anderen Personen können über den Krankheitsverlauf Auskunft geben? (Name, Anschrift)		
3.3	Welche Körperschäden haben schon vor der Schutzimpfung bestanden?		
3.4	Sind Krankheiten in der Familie - z. B. bei Eltern, Großeltern - bekannt?		
4.1	Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der Folgen der Schutzimpfung von - bis	Name, Anschrift der behandelnden Ärzte	
4.2	Stationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen wegen der Folgen der Schutzimpfung von - bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser (Kuranstalten)	Abteilung / Station
4.3	Ambulante und stationäre Behandlungen vor der Schutzimpfung von - bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser (Kuranstalten)	wegen welcher Krankheit?

